

Voorzitter Peter Paul  
van Benthem  
**'Iedereen heeft ontzettend  
veel leed gezien'**

Overste Jürgen  
Muntenaar  
**Militair denken bij  
patiëntenspreiding**

Wendy Levinson,  
Choosing Wisely Canada  
**'We volgen teveel  
onze routine'**

# Medisch Specialist

juli  
2020

Viroloog Ann Vossen over  
haar media-optreden:

**'Ik ben er niet om  
het kabinetsbeleid  
te verdedigen'**



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**

## OP DE SNIJTAFEL



Hoeveel zorg-  
medewerkers zijn er  
in Nederland tot  
begin juni getroffen  
door COVID-19?

# 16.973

zorgmedewerkers (in de leeftijd van 18 tot en met 69 jaar, zoals ook verder in dit overzicht) waren volgens het RIVM tot 9 juni positief getest op het coronavirus. Op 30 april lag dat cijfer nog op 13.884 en twee weken daarvoor, op 14 april, waren het er 8.000. Onbekend is of ze het virus tijdens hun werk hebben opgelopen.

# 56%

van alle 30.026 meldingen van bevestigde COVID-19 patiënten was zorgmedewerker. Dit hoge percentage geeft een vertekend beeld doordat zorgmedewerkers al vanaf het begin van de uitbraak laagdrempelig werden getest. Pas vanaf 1 juni kon heel Nederland zich bij klachten laten testen.

# 529

van de bevestigde zorgmedewerkers met COVID-19 werden in het ziekenhuis opgenomen. Dat is 3% van het totaal aantal positief op COVID-19 geteste zorgmedewerkers. Op 30 april lag dat aantal op 458.

# 9%

van alle 6.064 gemelde COVID-19 patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen werkt in de zorg. Dit betreft zorgmedewerkers binnen en buiten het ziekenhuis. Ongeveer 11% van de Nederlanders tussen 18 en 69 jaar werkt als zorgmedewerker.

# 11

Nederlandse zorgmedewerkers zijn tot 9 juni gerapporteerd als overleden aan COVID-19. Oftewel 1,6% van alle 682 gemelde overleden COVID-19 patiënten in de leeftijd van 18 tot en met 69 jaar. Op 30 april waren er 9 aan COVID-19 overleden zorgmedewerkers. Van 7 van de tot 9 juni overleden zorgmedewerkers is bekend dat zij bestaande gezondheidsproblemen hadden.

*(Bron voor bovenstaande cijfers: RIVM en Centraal Bureau voor de Statistiek)*



12

De gouden regel van ziekenhuis Bernhoven in Uden in tijden van nood

## Sterker met elkaar

Luitenant-Kolonel Muntenaar was bij de start van het Landelijk Centrum Patiënten Spreiding

## ‘Incidenten kun je alleen aan als iedereen in de medische keten de doelen kent’



20



30

Wendy Levinson (Choosing Wisely Canada) over gepast gebruik van zorg

## ‘Waar dokters de leiding nemen, zie je vooruitgang’

### EN VERDER

**8** Federatievoorzitter Peter Paul van Benthem over de erkenning van het medisch leiderschap in de coronacrisis.

**13** Dossier COVID-19. Kunnen we de eerste lessen al trekken?

**22** Tweede Kamerleden ervaren COVID-19 zorg in het Amphia Breda.

**24** Dit leerde Longarts Daan Loth tijdens de pandemie van ervaren collega's: 'Dat ze zich niet zo snel op de kast laten jagen'

**23** Webinars geven specialisten een gezamenlijke stem

**29** Psychiater Cassandra Zuketto dacht even dat de coronacrisis rust zou brengen voor haar als schrijver. Haar praktijk werd alleen maar drukker



### OP DE COVER

**Aan de start:** Ann Vossen samen met Diederik Gommers in de mediastorm  
**Pagina 26**

## COLUMN SAAMHORIGHEID

**I**n maart kwamen we in een orkaan terecht. Specialisten, verpleegkundigen, anesthesiemedewerkers, operatiekamerpersoneel en vele andere medewerkers van ziekenhuizen, maar ook in de zorg daarbuiten, moesten samen aan de bak om te voorkomen dat de COVID-19 pandemie ons over de schoenen zou lopen. Het land, politici voorop, toonde grote dankbaarheid. De Federatie heeft in deze crisis geprobeerd 22 duizend medisch specialisten en 33 wetenschappelijke verenigingen te verbinden. Door bijvoorbeeld in twee maanden tijd meer dan dertig leidraden te ontwikkelen. Normaal gesproken duurt dit per leidraad soms al meer dan een jaar, dus het was een krachtsinspanning, ook van ons Kennisinstituut. Daarnaast hebben onze drukbezochte webinars (zie pagina 23) laten zien hoe specialisten onder hoge druk kennis kunnen delen over deze geheel nieuwe ziekte. Dit magazine schetst nog meer voorbeelden van de verantwoordelijkheid die we hebben gepakt, van de ervaringen die we daarbij opdeden en hoe we daarvan hebben geleerd. Zoals Ann Vossen zegt in het dubbelinterview met Diederik Gommers op pagina 26: "We hebben samen één front kunnen vormen." De IGJ complimenteert ons voor die eendrachtige samenwerking op pagina 15. Ik hoop met heel mijn hart dat we die saamhorigheid kunnen vasthouden, ook in de periode dat we van de schrik zijn bekomen, maar nog steeds "brandhaardjes" van COVID-19 zullen zien. De Canadese Wendy Levinson drukt ons nog eens op het hart - op pagina 30 - dat we in de toekomst alleen

rechtvaardige zorg kunnen bieden als we samen nóg efficiënter worden. Wie weet komt de militaire aanpak van overste Muntenaar op pagina 20 daarbij van pas. Ook ik werd bij uitzondering door de redactie bevroegd; het resultaat leest u op pagina 8.'



**Peter Paul van Benthem,**  
Voorzitter Federatie Medisch Specialisten

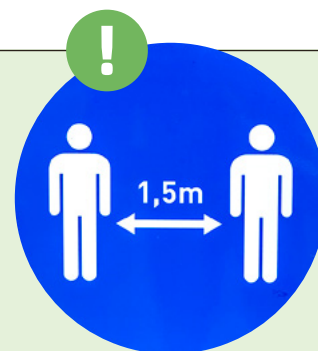
### Keuzes IC-opname bij schaarste

De Federatie en de KNMG hebben een draaiboek gepubliceerd onder de titel: 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie'. Het beschrijft de besluitvorming over wie een IC-plek krijgt als een mogelijk nieuwe golf van de pandemie de landelijke druk op de IC's zo hoog opvoert, dat er tekorten ontstaan. We spreken dan van fase 3; stap c (Code Zwart). Medisch specialisten van verschillende wetenschappelijke verenigingen, een aantal hoogleraren (medische) ethiek en filosofie, en de KNMG werkten mee aan het draaiboek.

### Urgentielijst voor opscaling van reguliere zorg

De urgentielijst van de NZa helpt specialisten keuzes te maken bij het opschalen van reguliere zorg, en is een aanvulling op de bestaande leidraden. Per medisch specialisme is er een prioriteitenlijst van diagnoses. De lijst is onlangs herzien met medewerking van de wetenschappelijke verenigingen. Hun input is op verzoek van de NZa door het Zorginstituut verwerkt en gevalideerd. De NZa benadrukt hierbij dat de inschatting van de urgentie van een zorgvraag de kerntaak blijft van de zorgprofessional. Bij die beoordeling spelen naast de diagnose immers ook persoonlijke kenmerken van een patiënt een belangrijke rol. Van een wettelijke handhavingverplichting door de NZa is dan ook geen sprake.

### Handreiking Opstarten poliklinische zorg



Ziekenhuizen, zelfstandige klinieken en huisartsen staan voor de grote uitdaging om zorg te leveren in een anderhalvemeter-samenleving. De Federatie heeft ter ondersteuning de handreiking 'Opstarten poliklinische zorg' opgesteld, in samenwerking met de huisartsen (verenigd in LHV/NHG) en de Patiëntenfederatie Nederland. Omdat de acute zorg de afgelopen periode grotendeels doorgang heeft kunnen vinden, richt de handreiking zich primair op de opscaling van semi-acute poliklinische zorg en in tweede instantie op de herstart van de overige chronische zorg.



Bekijk naast de handreiking ook de  
praktische samenvattingskaart



## Aandacht voor nazorg

We zien dat het natuurlijk herstel van COVID-19 patiënten lang duurt, met een onvoorspelbaar beloop. Een deel van de COVID-19 patiënten zal fysieke, cognitieve en psychische klachten blijven houden. Adequate nazorg voor deze groep is daarom essentieel.

De Federatie heeft daarom de leidraad 'Nazorg voor patiënten met COVID-19' ontwikkeld, samen met longartsen, internisten, revalidatieartsen, gerieters, huisartsen, fysiotherapeuten, psychologen, diëtisten en patiëntenorganisaties. De leidraad biedt adviezen

voor zowel nazorg aan COVID-19 (verdachte) patiënten die behandeld zijn in eerste lijn, als aan patiënten na een ziekenhuisopname. Voor de nazorg aan COVID-19 patiënten die op de IC hebben gelegen is er een andere leidraad: 'Nazorg voor IC-patiënten met COVID-19'.

Lees meer hierover op: [demedischspecialist.nl/nazorg](https://demedischspecialist.nl/nazorg)

CIJFER

# 53

onderzoeken zijn in Nederland (tot medio juni) opgezet rondom de diagnostiek en behandeling van COVID-19.

De multidisciplinaire Wetenschapscommissie COVID-19 van de Federatie coördineert ze, met als doel onderzoekers te ondersteunen, kennis goed en snel uit te wisselen, en samenwerkingsverbanden op te zetten.

Bekijk hier het actuele overzicht: [demedischspecialist.nl/onderzoekcovid19](https://demedischspecialist.nl/onderzoekcovid19)

Amerikaans patiëntenvervoer tijdens Spaanse griep (virustype H1N1) van 1918 en 1919. De griep begon met hoge koorts, hoesten, spierpijn en keelpijn, gevolgd door extreme moeheid en flauwten. Patiënten verloren zoveel energie dat ze al snel niet meer aten en dronken, de ademhaling werd moeilijker en binnen enkele dagen trad de dood in. Vooral jongvolwassenen werden getroffen. Schattingen van het totaal aantal slachtoffers variëren, vooral door de gebrekkige monitoring, van twintig tot honderd miljoen. In Nederland waren het er zo'n zestigduizend.





De enige ambulancebus die ons land rijk is, kan zes mobiele behandelplaatsen tegelijk verplaatsen. Met aan boord alle medische apparatuur en andere noodzakelijke voorzieningen, en aan de buitenkant blauwe zwaailichten en een sirene. Op het dak zijn airco units en zonnepanelen gemonteerd. Achter in de bus worden alle zes behandelplekken tegelijk gemonitord met een centrale computer. Van de bus is dankbaar gebruik gemaakt toen de Brabantse ziekenhuizen te maken kregen met capaciteitsproblemen.

**ADVERTENTIE**

## 'Moet ik in een ander ziekenhuis re-integreren?'

Kinderarts Michael stelde ons deze vraag. Hij is een paar maanden ziek geweest en is bezig te re-integreren. We vertellen Michael dat eerst moet worden geprobeerd om in de eigen functie (eventueel met aanpassingen) te re-integreren. Als dat niet lukt, kan worden gekeken naar een passende functie binnen de eigen instelling en pas daarna komt re-integratie bij een andere werkgever in beeld. Zover is het voor Michael nog lang niet. Onze juristen staan hem bij in gesprekken met zijn werkgever, om te zorgen dat alles volgens de regels verloopt.



Juridische vragen?

**Bel 088 - 134 41 12**

# Lifelong learning in de praktijk

**Wie relevant wil blijven, richt zich op een leven lang leren. Voor een adequate uitoefening van het vak zijn niet alleen medisch-inhoudelijke competenties vereist, maar ook kennis van en vaardigheid in de andere rollen van de medicus. Daarom biedt De Academie discipline-overstijgende opleidingen voor medisch specialisten op het gebied van management, leiderschap, bestuur en beleid.**

## VERSTERK UW MANAGEMENTKENNIS IN DE POSTDOCTORALE LEERGANG VOOR MEDICI

Deze leergang van 8 modules is dé basis voor ervaren en startende medici die leidinggevende en bestuursfuncties vervullen of ambiëren. Bijvoorbeeld voor medici met een parttime functie als medisch manager of stafbestuurslid in ziekenhuizen, ggz, ggd, eerste lijn en overige instellingen voor cure en care.

**Startdatum** 5 en 6 oktober

**Locatie** Landgoed Kasteel Oud-Poelgeest in Oegstgeest.

**Prijs** leden FMS en VvAA € 11.750,- (niet-leden: € 12.650,-)

### JOHAN VAN DER VEUR (PSYCHIATER)

'Ik ga de Leergang Management voor medici binnenkort volgen om een hiaat aan kennis en vaardigheden op te vullen. Binnen de opleiding tot medisch specialist ligt de nadruk op medisch-inhoudelijke kennis. Thema's als leiderschap, financieringen, ontwikkel- en verandermanagement komen niet aan de orde. Als medisch specialist bemerk ik dat deze thema's belangrijk zijn om goede zorg te leveren, en of te zorgen dat zorg verbeterd.'

### LONNEKE DE LAU (NEUROLOOG EN MEDISCH MANAGER KWALITEIT EN VEILIGHEID)

'Als vakgroepvoorzitter Neurologie handelde ik vooral op mijn gevoel. Toen ik gevraagd werd voor het bestuur van de medische staf volstond dat niet meer. Ik wilde meer theoretische en praktische kennis hebben, bijvoorbeeld hoe een ziekenhuisorganisatie in elkaar zit, hoe de financiering van de gezondheidszorg werkt en hoe je onderhandelingen voert. Het opdoen van kennis binnen een geïnteresseerde groep van specialisten vond ik geweldig. Verder was er ruimte voor intervisie waarbij je veel ontdekt over jezelf. Het deelnemen aan de leergang was intensief, maar ik ging altijd met veel energie naar huis. Als ik nu aan tafel zit met bestuurders, merk ik het verschil: ik haal er meer uit en kan meer inbrengen.'

## TALENT GESPOT?

Bent u opleider en ziet u young potentials binnen uw aios groep? Attendeer ze op onze Aios Talentenklas: de versneller voor medisch leiderschap. Vanaf 29 oktober starten we met de 10<sup>e</sup> editie van de Aios Talentenklas. Centraal in deze leergang staat de eigen ontwikkeling, het vergroten van kennis, visieontwikkeling en het leren van de ervaring van anderen. De inschrijving sluit 1 september en een aanbevelingsbrief van de opleider is noodzakelijk.

**Startdatum** 29 oktober

**Locatie** regio Utrecht.

**Prijs** Leden De Jonge Specialist € 3.550,- (€ 3.750,- niet leden)

## Kies uit ons brede aanbod

**De Academie heeft een breed opleidingsaanbod, gericht op een grote diversiteit aan leerdoelen en individuele ontwikkelvragen. Ook voor kortere trainingen en masterclasses kunt u bij ons terecht. Kijk voor ons volledige opleidingsaanbod op [academiemedischspecialisten.nl/agenda](https://academiemedischspecialisten.nl/agenda)**

De partners van De Academie voor Medisch Specialististen:



**De Academie**   
voor medisch specialisten

[academiemedischspecialisten.nl](https://academiemedischspecialisten.nl)  
info@academiems.nl • 030 247 4197





PETER PAUL VAN BENTHEM  
OVER DE MEEST TRIESTE EN BOEIENDE  
PERIODE VOOR DE MEDICUS



**‘Iedereen  
heeft  
ontzettend  
veel leed  
gezien,  
en stond  
vaak  
met lege  
handen’**

Niet vaak krijgt een voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten het hoofdtonel in dit magazine. Maar de manier waarop Peter Paul van Benthem en de Federatie tijdens de eerste golf van COVID-19 acteerden, vraagt om een toelichting.

TEKST FRED HERMSEN  
BEELD JAN WILLEM HOUWELING

**S**chrik en opluchting lagen dicht bij elkaar. Na het derde COVID-19 webinar van de Federatie op 24 maart (zie ook pagina 23, red.) kreeg bestuursvoorzitter Peter Paul van Benthem het even te zwaar. 'Ik had tot die tijd mentaal gezien gezonde afstand kunnen houden. Maar de ervaringen die collega's toen met bijna tweeduizend lotgenoten deelden... Het was heftig om te zien hoe deze professionals hun emoties nog maar net onder de oppervlakte konden houden. Je voelde hun worsteling met het tekort aan beschermingsmiddelen, de aanzwellende toestroom van patiënten, de confrontatie met hun angstige doodstrijd en de onbekendheid met het virus. Na afloop greep het me naar de keel. Ik dacht: "Die curve buigt nooit op tijd af, we gaan het niet redden."'

### Roes

Zelf had Peter Paul als kno-arts weliswaar niet aan het bed van COVID-19 patiënten gestaan, maar hij was wel vanaf eind februari zeer gefocust bezig geweest met de uitbraak. Van 's morgens vroeg tot 's avonds laat overlegde hij met alle relevante spelers in de strijd tegen de COVID-19 pandemie. De Federatie pakte onder zijn leiding haar volle verantwoordelijkheid: op inhoud meesturen en zorgen voor optimale kennisdeling. Nooit wist hij aan het begin van de dag hoe die zou eindigen. Eén ding wist hij wel: 'De intrinsieke motivatie van specialisten om hun patiënten altijd zo goed mogelijk te helpen en de zorg te verbeteren kwam tot volle wasdom. Met grote snelheid en onder grote druk organiseerden ze innovatieve zorg, in onbaatzuchtige coalities met partners in de zorgketen, en intern in samenwerking met andere specialisten, verpleegkundigen, anesthesiemedewerkers, OK-assistenten, stafleden en bestuurders. En diezelfde energie en inzet zag ik bij de medewerkers van het bureau van de Federatie die dag en nacht in de weer waren.'

**'Iedereen zag wat er gebeurt als je de intrinsieke motivatie van specialisten de ruimte geeft'**

### Ommekeer

De Federatie bood de helpende hand door specialisten te verbinden, door kennis te delen aan de hand van webinars met duizenden deelnemers, en door meer dan dertig leidraden en richtlijnen. Die werden in een paar maanden tijd gemaakt, vaak in samenwerking met andere partijen, zoals het RIVM en de IGJ. Peter Paul schetst: Van de ene op de andere dag vroeg de maatschappij ons medisch leiderschap te tonen. Specialisten toonden altijd al leiderschap, maar in stilte. Hij beschouwt: 'Deze crisis raakte iedereen. Het lag op ons domein, dus tilde men de medisch specialist op het podium. Iedereen zag wat er gebeurt als je ruimte geeft aan de intrinsieke motivatie van specialisten, wat voor moois er kan ontstaan als medisch leiderschap wordt gevolgd. In die geest handelde ook de Federatie. En het is fijn dat die boodschap ook in politiek Den Haag gehoord is.'

### Urgentie

Hoe anders was dat begin maart. Premier Rutte pakte op 9 maart per ongeluk - maar opvallend nonchalant - de hand van Jaap van Dissel. Net nadat hij handen schudden had afgeraden. 'Op dat bewustzijnsniveau zaten veel politici nog, terwijl het de dokters in Brabantse ziekenhuizen al bijna over de schoenen liep.' In het eerste webinar van 14 maart luidden die collega's de noodklok. Honderden deelnemers wilden de vragen over het sluiten van scholen besproken hebben. 'Ik wilde de inhoud echter centraal stellen, en de politiek erbuiten laten, dus heb die vragen toen niet besproken.' Dat gebeurde wel tijdens de 'nazit' van het webinar, toen kwam de urgentie naar voren van verdergaande maatregelen, waaronder ook het sluiten van de scholen. In de loop van de dag belden veel collega's met de vraag waarom er nog steeds scholen open waren. Deskundigen waren het niet eens over de rol van kinderen bij het overbrengen van het virus.' Het bestuur besloot toen met een nieuwsbericht een signaal af te geven: "OMT en kabinet, denk goed na over de onderbouwing." En: "Bij twijfel liever niet inhalen." Natuurlijk in het volle besef dat het kabinet beslist, op advies van het OMT. 'Daar tornden wij niet aan. Ook bij de achterban heerste echter verdeeldheid over de rol van kinderen. Dat vond ik moeilijk. Als voorzitter wil ik verbinden, niet polariseren. Het bestuur heeft achteraf dan ook een goed gesprek gevoerd met de voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen. We kregen het vertrouwen.'

### Opluchting

De laatste tijd hoort Peter Paul van steeds meer deskundigen: "Het zou zomaar kunnen dat jullie signaal het besef in politiek Den Haag heeft gebracht dat verdergaande



Peter Paul tijdens een rondleiding op de COVID-19 SEH, verpleegafdeling en de IC in het Amphia Ziekenhuis in het kader van het werkbezoek met Tweede Kamerleden (zie ook pagina 22).

maatregelen nodig waren." In ieder geval kwam een dag na het nieuwsbericht, op 15 maart, de *intelligente lockdown*. Op dinsdag 7 april lagen 1.323 Nederlanders met corona op de IC's, waarna de daling zou inzetten, een dag of vijf voordat de maximale IC-capaciteit zou worden bereikt. 'De maatregelen hadden dus geen week later moeten komen.'

De vrijdag voor de piek had hij nog laat op de avond contact gehad met Ronnie van Diemen, inspecteur-generaal van de IGJ. 'Het lijkt erop dat de IC-bezetting toch minder snel oploopt dan we vreesden', zei ze. 'Dat geeft ons meer tijd om te beslissen over jullie concept triage document code zwart.' Peter Paul: 'Juist die ultieme triage had ons ontzettend zorgen gebaard en met weerzin vervuld, maar we wisten dat we onze dokters niet met lege handen konden laten staan bij een absoluut tekort aan IC-bedden.'

## 'Als voorzitter wil ik verbinden, niet polariseren'

Toen de daling inzette, kwam de opluchting en gleed alle spanning van hem af. Om plaats te maken voor grote leegte. 'De dag erna kon ik mezelf nauwelijks motiveren. Ik stuurde op de automatische piloot, voelde me gedissocieerd en merkte dit ook bij anderen. Gelukkig kon ik me snel herpakken.'

De voorzitter ervaarde gaandeweg steeds meer steun bij de achterban. Wildvreemden stuurden hem berichten: 'We kennen elkaar niet, maar wat goed dat jullie je hard maken voor ons.' Bij een afdelingsoverleg van een medebestuurder vertelden specialisten spontaan dat ze trots waren aangesloten te zijn bij de Federatie. 'Als mensen zonder belang zo hun waardering uitspreken voor een Federatie die nog maar vijf jaar bestaat, dan weet ik waarvoor ik dit doe.'

### Ascetisch leven

In de loop van mei kreeg de medische wereld weer ademruimte. Hoe Peter Paul tot die tijd op de been is gebleven? 'Simpel eigenlijk: goed slapen, een relativerend gesprek met mijn vrouw, geen alcohol en gedisciplineerd leven. Ik viel drie kilo af. Dat is me nooit gelukt met mountainbiken in de bossen rondom mijn woonplaats Apeldoorn, haha, iets waar ik trouwens in deze tijd sowieso niet aan toegekomen ben. Een beetje ascetisch leven behoevde me ook voor kokervisie; ik nam bedenktijd. Daarnaast heeft mijn gezin gelukkig heel goed begrepen waarin ik verzeild geraakt was.' En dat is? 'De meest trieste maar ook meest boeiende periode die je als medicus kunt meemaken. Als ik alleen al kijk naar alle jonge artsen die zich van hun beste kant toonden. Wat een start van hun carrière. Een onbekend virus, de verantwoordelijkheid, de solidariteit, de relevantie van je werk. Natuurlijk hebben we als sector uitdagingen; iedereen heeft ook ontzettend veel leed gezien, en stond vaak met lege handen. Dat heeft impact en laat zien hoe belangrijk *peer support* is. Maar zo'n diepe ervaring neem je mee, en helpt jongeren de toekomst van ons vak te vormen.'

de  
gouden  
regel

# Sterker met elkaar

**D**ie zondagmiddag in maart staat het kippenvel op heel veel armen. Wat gebeurt hier nou? Het team schudt het hele Bernhoven ziekenhuis door elkaar en zet een organisatie neer die binnen een week alleen nog maar coronapatiënten opvangt. Medewerkers werken niet langer functiegericht maar taakgericht. Wat moet er morgen gebeuren, waar zijn de handen nodig? 'Dan gaan we het zo doen.' Iedereen volgt de Italiaanse curves op de voet, en ziet in Brabant de aantallen coronapatiënten ook exponentieel toenemen. De specialisten, verpleegkundigen en andere medewerkers weten

maar al te goed: 'Dit gaan wij als Bernhoven niet redden.' Ze schalen op in de crisisorganisatie en gaan aan de slag. Al het personeel en middelen worden in gezet om de vloedgolf aan patiënten op te vangen. Een ongekend saamhorigheidsgevoel komt naar voren met maar één doel: samen de allerbeste zorg leveren aan onze coronapatiënten. Het blijkt een geweldige teambuilding. De crisis heeft Bernhoven blijvend veranderd en corona is onderdeel van het zorgpakket. Als het erop aankomt helpt iedereen elkaar, en zijn mensen bereid risico's te lopen en offers te brengen. Ze weten nu hoe dat moet.



Met dank  
aan Mariëlle  
Bartholomeus,  
medisch directeur  
vakgroepen.

De trauma heli-copter  
de Lifeliner 5 vervoert  
een IC-coronapatiënt  
van het Bernhoven  
ziekenhuis naar het  
UMCG in Groningen.

DOSSIER  
COVID-19

Na de eerste golf

# Wat nemen we mee?

COVID-19 is here to stay. In ieder geval de komende jaren. Maar de eerste schok maak je maar één keer mee. Wat nemen we mee naar de volgende fase van het coronatijdperk? We vragen het in dit dossier aan mensen die in de webinars van de Federatie hebben opgetreden.

TEKST JOB DE KRUIJF, JOKE VAN ROOYEN EN FRED HERMSEN  
BEELD LIEKE JANSSEN



# ‘We moeten onze wendbaarheid vergroten’

Haar ziekenhuis is weer aan het opstarten na wat ze een ‘harde reset’ noemt. Intensivist Ilse van Stijn over de lessen van corona. ‘De solidariteit, laten we die vasthouden.’

**I**lse van Stijn is stafvoorzitter van het OLVG en lid van de taskforce Acute Infectiologische bedreigingen van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC). We spreken haar medio mei, in een fase waarin er nog steeds veel COVID-19 patiënten in haar ziekenhuis liggen, maar tegelijk de non-COVID zorg weer wordt opgeschaald. Althans, de acute en urgente zorg. ‘We willen nog steeds zo min mogelijk patiënten naar het ziekenhuis laten komen, dus bijvoorbeeld de fysieke electieve zorg gaat (ten tijde van het interview, red.) nog niet door.’

## Teleconsulten

Dat brengt haar op een eerste les die de voorbije crisisperiode heeft opgeleverd. ‘We bleken veel controles van patiënten te kunnen digitaliseren. Teleconsulten, videobellen; we hadden het al langer over eHealth, dat hebben we nu allemaal supersnel kunnen regelen. En ik denk dat we waar mogelijk voorlopig op die manier zullen blijven werken. Omdat we de patiëntenstroom nog willen beperken en het ook gewoon efficiënter is. Voor patiënten is het wel even wennen, maar het gaat opvallend goed.’

## Focus

Van Stijn vindt dit sowieso een goed moment om over bijna alles in de organisatie na te denken. Ze voegt eraan toe dat de situatie in het OLVG nooit zo heftig is geweest als bij de collega's in Brabant. ‘Wij werden er iets minder door overvallen, hadden een aantal dagen om voorbereidingen te treffen. Maar ook wij zagen in een periode de aantallen patiënten elke dag alleen maar toenemen. Uiteindelijk hebben we ruim boven de vierhonderd patiënten met een onbekend ziektebeeld gehad. Kortom: een totale en acute disruptie zoals je die zelden meemaakt.’

Wat je ook nooit meemaakt, zegt ze, is hoe je na zo'n ‘harde reset’ weer bijna blanco begint. ‘We kunnen met een nieuwe bril naar de organisatie kijken. Waar zijn wij nou echt van? Ik vind het heel logisch dat je dat doet, al merk ik dat niet iedereen dat vindt. Ik zie het als een kans om de strategie van het ziekenhuis waar te maken. Wij zijn voor de acute en topklinische zorg. Andere elementen passen misschien beter bij partner-

ziekenhuizen, in de anderhalvelijnszorg of bij de huisarts. Ja, het zou dus kunnen dat je dan keuzes maakt waardoor de behandeling van bepaalde aandoeningen minder in het palet past, of misschien zelfs beter buiten de muren van het ziekenhuis kunnen plaatsvinden.’

## Voorbereiden

Daar komt bij dat de wendbaarheid van het ziekenhuis zal moeten vergroten, in de visie van Van Stijn. ‘Zolang er geen vaccin is, zal corona wel blijven rondwaren. We moeten dus bepaalde zorg weer kunnen beperken zodra we bij een nieuwe golf de IC opnieuw moeten uitbreiden. Hierop moeten we ons structureel voorbereiden, zodat we een volgende keer de andere zorg niet weer hoeven plat te leggen.’

## Muren weg

De platlegging en ook de verdere crisisaanpak verliep overigens verrassend goed, vindt ze. ‘Snelheid was even belangrijker dan perfectie. We moesten gewoon handelen, klaar. Dat gaf aan het begin van de coronaperiode vanzelf een grote solidariteit. Veel gesprekken kwamen op gang, muren tussen specialismen zijn weggefallen. Zo'n crisis maakt echt dat je elkaar beter leert kennen en beter begrijpt. Ik wil dat we die solidariteit vasthouden. Door veel te praten vooral. En door het patiëntenbelang voorop te blijven stellen. In de keten, in de regio en binnen het ziekenhuis.’ In de regio bleek de samenwerking nog moeizaam. ‘Dat is ook logisch: hoe meer partijen, des te trager de besluitvorming. Het zou interessant zijn om te onderzoeken hoe je daar een volgende keer meer snelheid in kunt brengen.’

## Administratie

Het ziekenhuis leerde nog een andere les die ze wil benadrukken. Iedereen was even puur gericht op handelen, op de zorg. Het ziekenhuis was in administratieve zin ‘grotendeels ontregeld’. ‘Laten we ook daarin het goede vasthouden. Als bepaalde administratieve bezigheden tijdens een crisis overbodig blijken, kun je je afvragen of ze dan eigenlijk wel zoveel toevoegen.’

## COLUMN

'IK VERWACHT NIET  
DAT HET "OUDE NORMAAL"  
ZAL TERUGKEREN'

'Normaal gesproken richt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zich evenredig op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Maar in de crisis verlangde de maatschappij soms binnen enkele uren een reactie van ons. Met name over geneesmiddelen, toegankelijkheid van zorg, deskundigheidsvereisten, schrijnende situaties, de beschikbaarheid van beademings-apparatuur, beschermingsmateriaal en testen. Daarbij zijn wij in de unieke situatie dat wij het totale zorgveld overzien. We besloten intensief signalen op te halen en af te geven aan overleg-tafels en besluitvormers. Zo konden we voor belangrijke en urgente zaken aandacht vragen. In deze hectiek verschoof onze focus dus vooral richting veiligheid. We hadden vertrouwen in het kwaliteitsbesef van zorgprofessionals, dat zij onder de ingewikkelde omstandigheden de juiste keuzes zouden maken. Specialisten hebben dat vertrouwen waargemaakt. In goed overleg met elkaar, met andere zorgverleners, maar ook met ons. Denk aan de manier waarop de reguliere zorg werd afgeschaald, ze de IC's bemanden en onder hoge druk intensieve zorg werd geleverd. Zijn we nu

ineens een andere Inspectie geworden? De vereiste snelheid trok ons uit de comfortzone; soms schuurde dat met het zorgvuldigheidsbesef van medewerkers. Dit doen we niet tot in de eeuwigheid. Onze organisatie is inmiddels uit de crisisstand en gaat net als iedereen in de zorg terugkijken om te leren van deze periode. Daarbij zullen we natuurlijk blijven meebewegen met het veranderende zorgveld, ook als dat snel moet. Hoe dat uitpakt weten we nog niet, maar ik verwacht niet dat het "oude normaal" zal terugkeren.'

**Marina Eckenhausen,**  
waarnemend inspecteur-  
generaal van de Inspectie  
Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)



## Eén team

**Peter de Jager, intensivist in  
het Jeroen Bosch Ziekenhuis**

'De IC heeft van oudsher veel te danken aan een *closed format*: wij intensivisten hebben ons eigen domein we zijn redelijk allround, en het zijn onze patiënten. Dat heeft ook geholpen bij de ontwikkeling van dit relatief jonge vakgebied. Toch wilden wij hier al langer de IC-deuren juist eens opengooien, en andere specialismen meer het gevoel geven dat ze er ook op de IC toe doen. In de coronacrisis is dat gebeurd en dat ging ontzettend goed. Het bleek ook efficiënt, omdat je collega's precies datgene kunt laten doen waar ze goed in zijn. Die onbaatzuchtige samenwerking en het samen nadenken over efficiënte inzet wil ik vasthouden nu we de IC-capaciteit structureel met 25% aan het uitbreiden zijn. Al blijft de hele bottleneck daarbij het verpleegkundig personeel, waar een tekort aan is. Zij zijn wel de ogen, de oren en zelfs de neus aan het bed. Als ze aangeven dat een bezetting van 1 op 3 of 1 op 4 niet gaat, dan moet je daarnaar luisteren.'

## Oerkracht

**Yvonne Prijt, verpleegkundige op  
de acute opname in Bernhoven**

'Wie had verwacht dat wij als klein regionaal ziekenhuis het middelpunt van de coronacrisis zouden worden? Je hoeft niemand in Nederland meer uit te leggen waar Uden ligt. Toen de coronacrisis hier uitbrak, kwam bij iedereen in het ziekenhuis een of andere oerkracht naar boven. Er waren al snel geen afdelingen, geen aparte teams meer. Het hele ziekenhuis was één team. Wat ik als verpleegkundige prettig vond, is dat er zoveel onderlinge uitwisseling was. We kregen andere patiënten dan normaal en werkten met andere collega's. Daar leer je veel van wat je kunt blijven gebruiken. Ook artsen hadden kortere lijntjes en meer contacten, opeens waren ze allemaal zaalarts. Nu de adrenaline is gezakt, ben ik weer blij om te werken in een team waarin je elkaar zo goed kent, waarin je aan één blok genoeg hebt. Maar ik zou voortaan best elk halfjaar een week op een andere afdeling willen werken. Als kijkje in de keuken, en voor de afwisseling.'

## Tot december 2019...

**Corona** (de; -'s) Lat. <Gr. korōnē (krans)] **1.** kroon (Latijn) **2.** Lichtkrans **3.** kring **4.** buitenste atmosfeer van de zon, zichtbaar als een krans tijdens een zonsverduistering, ontstaat door vocht dat de stralen van de zon of maan breekt **5.** lichtkrans om de maan bij zonsverduistering **6.** Mexicaans biermerk **7.** heiligenschijn **8.** hemellichaam **9.** meisjesnaam **10.** kransslagader **11.** laag van geabsorbeerde proteïnen rond een nano-partikel in een fysiologische omgeving **12.** aardbeienras **13.** mineraal met omringend ander mineraal **14.** ontladingsverschijnsel doordat lucht elektrisch geleidend wordt **15.** ovale geologische formatie, aangetroffen op Venus en Miranda **16.** leden van de commissie bij een wetenschappelijke promotie **17.** aanwezig op een cantus, een zang- en drankfestijn **18.** christelijke heilige en martelares uit de tweede eeuw **19.** plaatsnaam, onder meer in Californië en New Mexico **20.** wijk in Queens, New York **21.** Italiaanse dance-act **22.** compositie van Poul **23.** hotel in Den Haag **24.** Frans automerk **25.** historisch motorfietsmerk uit Berlijn en Maidenhead **26.** militaire onderscheiding in het Oude Rome, bijvoorbeeld de corona navalis, voor de soldaat die als eerste bij een vijandelijk schip aan boord sprong **27.** kransen in religieuze plechtigheden **28.** sigarenmodel **29.** Amerikaanse spionagesatelliet **30.** in de bouwkunde een onderdeel van een hoofdgelst **31.** kleine cirkel op de a of de u **32.**

Messiaanse volksbeweging **33.** verzamelnaam voor een onderfamilie van virussen met positief enkelstrengig RNA als genetisch materiaal. Danken hun naam aan de krans rond de virusdeeltjes.

In de taxonomie vormen de echte coronavirussen de orthocoronavirinae, tot 2019 coronavirinae genoemd, een onderfamilie van de coronaviridae in de orde der nidovirales. Vroeger werd de naam coronavirussen ook wel gebruikt voor alle coronaviridae. In 1966

identificeerde June Almeida, een Schotse virologe de groep 'voorheen ongekaracteriseerde menselijke ademhalingsvirussen'. Dat gebeurde terwijl ze samenwerkte met David Tyrrell, directeur van het Common Cold Research Centre in Salisbury in Wiltshire. Tyrrell stelde voor om de nieuwe groep de naam coronavirussen te geven. Een gerelateerd coronavirus is het SARS-coronavirus ofwel SARS-CoV, dat de ziekte SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) veroorzaakt, luchtweginfectie met soms een levensbedreigende vorm van atypische longontsteking. Vijf tot vijftien procent van de patiënten sterft eraan. SARS-CoV veroorzaakte in 2003 een epidemie in Azië waarbij ongeveer achthonderd mensen stierven. Een andere bekende soort is het Middle East respiratory syndrome coronavirus of MERS-coronavirus (kortweg MERS-CoV), uit het geslacht betacoronavirus (net als SARS-CoV). Het MERS-virus kan tot levensgevaarlijke ontstekingen aan de luchtwegen leiden. Dit wordt Middle East Respiratory Syndrome genoemd. Bij een epidemie in mei 2014 had MERS zich verspreid van Europa tot Nieuw-Zeeland, met twee gevallen in Nederland.

## Vanaf december 2019:

**Corona: 1.** verzamelnaam voor coronavirus Sars-COV2 en de hieruit voortkomende ziekte COVID-19 **2.** wereldwijde pandemie vanaf maart 2020 **3.** naam die bij medisch specialisten onlosmakelijk verbonden is met maanden van hard werken tussen vrees en hoop **4. ooit: plotselinge slagschaduw waar we samen overheen gesprongen zijn**





Meta zag haar familie voor het eerst weer op Goede Vrijdag, op gepaste afstand vanaf het balkon in het revalidatiecentrum.

## Specialist werd patiënt 'Ik wil de zorg nog menselijker maken'

**Meta van der Woude is anesthesioloog en intensivist in het Zuyderland Medisch Centrum in Heerlen en Sittard. Haar aangrijpende verhaal verscheen 5 mei in NRC Handelsblad en ze vertelde erover in dit webinar: [demedischspecialist.nl/webinarnazorg](https://demedischspecialist.nl/webinarnazorg)**

'Ik lag als patiënt eerst in mijn eigen ziekenhuis. In deze regio geldt: geen bezoek. En dat is heftig, weet ik nu. De emotionele belasting van de zorg voor een directe collega viel het IC-team zwaar. Ik werd overgebracht naar het Radboudumc, waar coronapatiënten wel bezoek mogen ontvangen. Dat merkte ik gelijk: je angst vermindert als je die kunt delen met een dierbare. Deze ervaring neem ik mee. Ik pleit ervoor dat ziekenhuizen nog meer rekening houden met wensen van patiënten en juist coronapatiënten onder bepaalde voorwaarden bezoek toestaan.

Zeker ook omdat dat mogelijk de laatste keer is dat dierbaren hun naaste kunnen zien. Ik hoop straks weer aan het werk te gaan, maar ik ben natuurlijk een arts met bagage. Dagelijks loop ik tegen beperkingen aan; soms fluit mijn lichaam me terug, soms mijn geest. Ik zie er tegenop mensen met corona op de IC te behandelen, dat komt nu nog te dichtbij. Ik praat daarover met een psycholoog, want ik wil wel terug. Liefst als intensivist, maar als dat niet lukt in een managementrol. Hoe dan ook met één missie: de zorg voor patiënten nog menselijker maken.'

## In de media

**‘Feitelijk ligt dat virus op de loer en wacht op omstandigheden om toe te slaan. Dat virus verandert niet. Wij moeten veranderen om het virus geen verspreidingskans te geven’**

Microbioloog Marc Bonten (Universiteit Utrecht)  
(Bron : De Telegraaf, 8 juni 2020)

**‘DE WETENSCHAP WIL HIER MISSCHIEN WEL TÉ HARD GAAN.’  
<...> ‘IK DOE GEEN VOORSPELLINGEN, MAAR HET ZOU ME NIET VERBAZEN DAT ALS WE NA DEZE CRISIS OP ADEM KOMEN, VEEL ONDERZOEK NAAR COVID-19 VOL FOUTEN BLIJKT TE ZITTEN EN IN RUSTIGERE TIJDEN MISSCHIEN WAS TEGENGEHOUDEN’**

Ivan Oransky, oprichter van wetenschapswaakhond Retraction Watch die aan de lopende band publiceert over teruggetrokken of anderszins dubieuze studies, waarschuwt in Wired Magazine.

(Bron: de Volkskrant, 22 mei 2020)

**‘Deze coronacrisis is, hoe cru ook, een gouden tijd voor statistici en kansrekenaars’**

Statisticus Richard Gill ondertekende een brief die leidde tot de terugtrekking van een beoogde controversiële publicatie in The Lancet over de werking en gevaren van het malariamiddel hydroxychloroquine. De auteurs konden geen overtuigende data laten zien en hadden statistische fouten gemaakt.

(Bron: Nieuwsbrief Universiteit Leiden, 5 juni)

**‘Ik ben dit als wetenschapper niet gewend. Wij spreken juist open met elkaar, we spreken elkaar vooral tegen’**

De Groningse microbioloog Alex Friedrich vindt dat er meer transparantie moet zijn over het verloop van de interne discussies van het OMT. Ook heeft hij bedenkingen bij de opgelegde geheimhouding.

(Bron: NOS Nieuwsuur, 25 april)

## **‘DE IC-ZORG KUN JE WEL CONCENTREREN, MAAR WAT DOE JE MET DE COVID-PATIËNTEN OP DE GEWONE ZIEKENHUIS-AFDELINGEN?’**

Op het hoogtepunt lagen er 1.400 COVID-19 patiënten op de IC's, maar op de verpleegafdelingen lagen zo'n 7.000 mensen met corona. Intensivist Diederik Gommers vindt concentratie in 11 traumacentra van IC-zorg een optie, maar bekijkt het daarom liever breder.

(Bron: NOS.nl, 2 juni)

**‘Er is nu zo’n 3.800 fte IC-verpleegkundigen in ons land. Om op te schalen naar 1.700 bedden heb je 1.500 fte extra verpleegkundigen nodig. Het kost ongeveer anderhalf jaar om een IC-verpleegkundige op te leiden. Terwijl we nu al een schreeuwend tekort aan verpleegkundigen hebben’**

Gerton Heyne (voorzitter V&VN) en Rowan Marijnissen (voorzitter V&VN-IC Verpleegkundigen)

(Bron: website V&VN, 8 mei)

## **‘Ik denk dat er in een gezonde samenleving meer dan één stem is’**

34 Jaar was oogarts Li Wenliang uit Wuhan toen hij 7 februari stierf aan COVID-19. Hij gaat als heldhaftig klokkenluider de geschiedenisboeken in. Op 30 december had hij samen met andere artsen gewaarschuwd voor de uitbraak van een nieuw virus. Zeven mensen die op een voedselmarkt werkten, hadden symptomen die leken op die van de longziekte SARS. Wenliang waarschuwde zijn collega's beschermende kleding te dragen. Volgens de lokale politie verspreidde hij geruchten en moest hij zijn mond houden.

(Bron: Trouw, 7 februari)

**‘Als je de getallen van Iran bekijkt, zou je kunnen zeggen dat er sprake is van een tweede golf. Daarvan wil ik graag weten wat er gaande is. Is dat een voorteken van wat de rest van de wereld te wachten staat?’**

Hoogleraar Virologie Marion Koopmans (Erasmus MC) weet zeker dat er - mede door de versoepeling - een tweede golf komt, maar weet niet wanneer en met welke impact. Ze maakt zich vooral ongerust over de recente verdubbeling van het aantal patiënten in een aantal landen wereldwijd, waaronder Iran.

(Bron: Het Parool, 7 juni 2020)



# ‘Samenwerken? Kijk hoe militairen dat doen’

**Luitenant-kolonel Jürgen Muntenaar hielp met collega Theo van der Zanden bij de inrichting van het Landelijk Centrum Patiënten Spreiding (LCPS). Wat kunnen medisch specialisten leren van hun militaire blik?**

TEKST FRED HERMSEN  
BEELD MONIQUE WIJBRANDS

‘**A**ls Defensie met grote groepen militairen op missie gaat, treffen we doorgaans geen bruikbaar gezondheidszorg-systeem aan. De militair geneeskundige dienst moet veilige en goede zorg bieden, gegeven de operationele en klimatologische omstandigheden en de aard van de omgeving. Na een analyse van de missie richten we daarom al vroeg de medische keten in, vergelijkbaar met de Nederlandse 112-keten. Dat doen we in samenhang met de ketens van partnerlanden. ‘Samenwerking met civiele ziekenhuizen is cruciaal voor onze missies. Via het Instituut Defensie Relatieziekenhuizen werken militaire artsen en verpleegkundigen

in twaalf Nederlandse ziekenhuizen. Zo blijven ze vaardig en direct inzetbaar. In ruil daarvoor levert ieder relatieziekenhuis twee teams, die eens per twee jaar vier tot zes weken worden ingezet bij missies. De militair en civiel medische wereld weten elkaar zo goed te vinden en verrijken elkaar met hun kennis en ervaring.

‘Omgevingsbewustzijn is een sleutelbegrip in missiegebieden. Welke effecten heeft een aanstaande militaire actie op de medische keten? Naar welke veldhospitalen van bondgenoten kunnen we eventueel uitwijken? Om onverwachte incidenten het hoofd te kunnen bieden, moet iedereen in de medische keten de doelen kennen, het pad ernaartoe en zijn rol daarbinnen. Deze missie-ervaring is gebruikt bij het LCPS.



‘Theo en ik kregen op zondag de vraag of we ons maandag konden melden bij het Erasmus MC. We ontmoetten daar de huidige leiders van het centrum Bas Leerink en Bart ter Horst. In het plan dat er lag, zagen we nog weinig samenhang. Theo en ik wisten na een kort overleg: ‘Jullie willen een *Patiënt Evacuation Coordination Cell*; een PECC.’ Dat is een organisatievorm van de NAVO waarmee we in missiegebieden patiëntenspreiding aansturen. “En”, zagen we, “met de *Major Incident Medical Management Support*-systematiek kan de organisatie worden ingericht.” Bas en Bart omarmden deze voorstellen.

‘En toen ging het snel. Op maandag schreven we de organisatie uit. Op dinsdag werden de mensen, middelen en methoden geïntegreerd. Woensdagochtend konden we taken, verantwoordelijkheden en spelregels uitleggen. Na twee-en-een-halve dag waren we *Initial Operational Capable* – basisvaardig – en konden we live. Op vrijdag was het centrum al *Fully Operational Capable*. Doorslaggevend hierbij waren ieders proactieve houding en de ruimhartige ondersteuning van het Erasmus MC. Theo en ik hoefden alleen maar te

adviseren: hoe kun je de aanwezige energie en daadkracht focus geven en kanaliseren naar een einddoel voor die week? In de twee weken erna brachten Theo en ik een verdiepingsslag aan. Het LCPS werd ingericht als een militair hoofdkwartier. Met onder meer een *Command Cell* voor de bevelsstructuur, een *Plans Cell* voor het plannen van de verwachte patiëntenstroom – 24 uur, 7 dagen en 1 maand vooruit – en een *Resources and Support Cell* voor de ondersteuning.

‘De opdracht “Help ons de patiënten te spreiden” was een reactief uitgangspunt. Militairen willen sturen en planmatig vanuit een ongewenste naar een gewenste situatie of einddoel komen. Wat is die gewenste situatie, hoe kom je daar, via welke fases? Dat is veel meer dan de boeg golf wegwerken. Mede doordat aan de start het LCPS goed is ingericht werkte het centrum effectief – ondanks een voor vele regio’s en zieken-



**Jürgen Muntenaar**  
(56) is stafofficier Plannen bij het Multinational Medical Coordination Centre/ European Medical Command (Koblenz) en liason officier bij Kommando Sanitätsdienst Bundeswehr. Hij was commandant van diverse militair geneeskundige eenheden, in Nederland en bij missies in het buitenland.

huizen onwennige samenwerking op nationaal niveau. De spreiding lukte en de data die het centrum opleverde, haalden het nieuws. Na de eerste golf kan het LCPS nu afschalen en een plan voor mogelijke volgende fases maken.

‘Van militaire medische teams weet ik dat ze zeggen wat ze doen, en doen wat ze zeggen. Ze laten weinig ruimte tussen plan, besluit en uitvoering, en teamleden weten precies wat ze van elkaar mogen verwachten. Dat mechanisme werkt ook bij het LCPS. Mijn pleidooi

is dat de civiele gezondheidszorg leert van het doelgerichte militaire denken in teams, netwerken en allianties. Om snel te kunnen opschalen als dat nodig is, maar ook om gezondheidszorg in netwerken en allianties vorm te geven, waardoor de regionale samenhang verbetert. Wijs daarvoor niet naar de politiek, zorgautoriteit of marktwerking. Het is een persoonlijke keuze van iedere zorgprofessional om samen die bredere maatschappelijke verantwoordelijkheid op te pakken.’

# Werkbezoek

## Tweede Kamerleden aan het Amphia Ziekenhuis

Zodra de aantallen op de IC begonnen te dalen, verschoof de aandacht in het politieke debat naar andere onderwerpen. Om de nog steeds grote druk in ziekenhuizen op het netvlies te houden van politiek Den Haag, nodigde de Federatie leden van de Tweede Kamercommissie VWS uit voor een werkbezoek.



BEELD JEROEN VAN EIJNDHOVEN

### Wanneer

Twee werkbezoeken aan het Amphia Ziekenhuis in Breda, op vrijdag 1 en vrijdag 8 mei.

### Wie

De woordvoerders Curatieve Zorg Joba van den Berg (CDA), Carla Dik-Faber (Christen-Unie), Corinne Ellemeet (GroenLinks) en Kees van der Staaij (SGP) kregen een rondleiding op de COVID-19 SEH, de verpleegafdeling en de IC, uiteraard gehuld in beschermende kleding.

### Waarom

Op het moment dat de politieke aandacht voor de pandemie afnam, waren de ziekenhuizen niet ineens uit de problemen. De SEH, IC- en verpleegafdelingen lagen nog behoorlijk vol met COVID-19 patiënten. Ziekenhuizen hadden bovendien te kampen met uitgestelde reguliere zorg en hierdoor olopende wachtlijsten. Voor de Federatie reden om de politici te laten ervaren wat

het betekent voor patiënten en zorgverleners als naast de COVID-19 zorg de reguliere zorg weer wordt opgebouwd.

### Wat

De centrale boodschap van het werkbezoek luidde: we staan aan het einde van het begin. De Federatie pleitte voor comfort. Comfort voor zorgverleners die op dat moment al ruim twee maanden in de frontlinie stonden. Dat comfort kun je bieden door een nieuwe piek van het aantal besmettingen te voorkomen. Daardoor kunnen de professionals weer op adem komen.

We pleitten ook voor comfort door te zorgen voor voldoende beschermingsmiddelen. En we pleitten voor comfort bij de afhandeling van de financiële gevolgen van de crisis, zodat de artsen en verpleegkundigen niet angstig over hun schouders hoeven te kijken om te zien of hun ziekenhuis al failliet is. Want een groot deel van de niet-acute reguliere zorg heeft

een tijd stilgelegen; ziekenhuizen missen hierdoor een groot deel van hun omzet.

### Hoe

De werkbezoeken toonden de urgentie en hielpen Tweede Kamerleden bij hun gedachtenvorming. Medisch specialisten uit het Amphia die dagelijks COVID-19 patiënten behandelen en nauw betrokken waren bij de organisatie van de COVID-zorg, vertelden de Kamerleden over de onstuimige ontwikkelingen in de voorliggende maanden. Ze schetsten de impact op het zorgpersoneel dat bijna drie maanden non-stop had gewerkt, en ze lieten zien wat de uitdagingen zijn als je de reguliere zorg opschaaft terwijl de COVID-19 zorg doorgaat.

### En?

Kamerleden waren onder indruk van de inzet en bevlogenheid in het Amphia. De SGP en GroenLinks stelden Kamervragen over de financiële situatie van de ziekenhuizen.



De Federatie zet zich met de wetenschappelijke verenigingen in voor verbeteringen van de zorg. Wat levert dat op?

## 1. Waar komt het idee vandaan?

In maart liet iedereen alles uit zijn handen vallen om de COVID-19 crisis het hoofd te bieden. Brabantse ziekenhuizen kozen – als eersten – in allerijl voor een andere inrichting van patiëntenstromen, opbouw van cohortafdelingen, verdubbeling van IC-capaciteit en omscholing van personeel. Ook bij noordelijker gelegen ziekenhuizen ontstond al direct grote behoefte aan snelle uitwisseling van kennis en ervaring. De Federatie schoot te hulp met een digitaal en interactief massamedium om medisch specialisten met elkaar te verbinden: het webinar.

## 2. Waarom de keuze voor webinars?

Met webinars konden de Federatie en de wetenschappelijke verenigingen razendsnel de meest urgente vraagstukken en relevante sprekers bij hun achterban onder de aandacht brengen. Medisch specialisten die waren ingelogd, volgden online colleges over lopend onderzoek, kregen presentaties over praktijkervaringen, en hoorden persoonlijke verhalen. Live via streaming, of door ze later terug te kijken. Zo kregen deelnemers een aangrijpende indruk van

# Duizenden specialisten in één webinar: effectief recept voor urgente kennisdeling

nijpende lokale situaties en de veerkracht om daarmee om te gaan. Via een Q&A konden ze vragen stellen, en live werd de stemming in het land gepeild door korte polls.

## 3. Wat was het bereik?

Op zaterdag 14 maart organiseerde de Federatie haar eerste multidisciplinaire webinar. Het toppunt was het webinar op 18 maart, dat werd gevolgd door bijna tweeduizend deelnemers. Organiseerde de Federatie in de eerste weken bijna twee keer per week een multidisciplinair webinar, naarmate de crisis afnam, liep dit terug tot eens in de twee weken. Met 59 goed beoordeelde webinars en meer dan dertigduizend deelnemers in totaal heeft de Federatie samen met de wetenschappelijke verenigingen nog nooit zoveel leden in korte tijd bereikt.

## 4. Wat zijn de kritische succesfactoren?

Alles staat of valt met een goede internetverbinding, helder voorzitterschap en gespreksdiscipline. Dat was goed voor elkaar. De techniek haperte soms, maar dat nam iedereen voor lief. Webinars moeten niet te lang duren en vragen een onderhoudend, actueel, urgent maar vooral relevant programma – dus voor deelnemers persoonlijk van toepassing. De inhoudelijke relevantie hield veel mensen letterlijk tot het einde bij de les. Dat was goed meetbaar, de drempel om uit een digitale omgeving te stappen is immers veel lager dan bij een fysieke

bijeenkomst, waarvoor je meer moeite hebt moeten doen.

## 5. Zijn webinars ook geschikt als de crisis is geluwd?

In deze coronacrisis zijn diverse sectoren veel goede voornemens gewoon gaan uitvoeren, vooral op het terrein van digitaal overleg. Ook de medische sector. De goede ervaringen smaken naar meer. Met deze webinars heeft de Federatie *real-time* een mooie testcase kunnen opbouwen. Met de opgedane kennis en ervaring zullen webinars – en wellicht ook andere online systemen – verder worden geprofessionaliseerd.

**30.000** deelnemers deden in totaal mee aan de webinars van de Federatie en de wetenschappelijke verenigingen.

A man with dark, wavy hair and glasses is driving a car. He is wearing a red polo shirt and blue trousers. He is looking out the driver's side window with a slight smile. The car's interior is visible, including the black leather seat, the dashboard, and the steering wheel. The background shows green trees and a bright, sunny atmosphere.

**Daan Loth was twee maanden longarts toen het coronavirus toesloeg. Hoe gaat hij om met de grote werkdruk? En zijn er persoonlijke missies bijgekomen?**



**Z**ijn oudste coschap chirurgie was al geregeld, maar Daan Loth moest nog een aantal keuzeweken invullen. 'Ik had al eerder een week meegelopen op een longafdeling, en besloot dat nog eens vier weken te doen. Leuk voor de ervaring. Maar het bleek véél leuker. Uiteindelijk heb ik daar óók mijn oudste coschap gevolgd.'

#### Waarom?

'Ik vond het vak verrassend breed, ondanks dat je met maar één orgaan werkt. Van infectieziekten, oncologie tot aan auto-immuunziekten, alles komt voorbij. Daarbij is longgeneeskunde zowel praktisch als beschouwend en vond ik het enthousiasme van vakgenoten aanstekelijk.'

#### Hoe lang zijn jouw werkweken gemiddeld?

'Dat houd ik niet bij. Maar zonder weekenddiensten zal het neerkomen op zo'n vijftig uur per week.'

#### Heeft de coronacrisis daaraan iets veranderd?

'Nee, de poliklinische zorg is afgeschaald vanwege corona, dat compenseert. Overigens sta ik niet alleen maar op de corona-afdeling; ik heb ook supervisie over de normale longafdeling. Als ik daar ben, gaat het coronagebeuren een beetje langs me heen, zeker nu het aantal nieuwe patiënten afneemt.'

#### Hoe ervaar je de huidige werkdruk?

'Natuurlijk heb ik het nu soms drukker dan gemiddeld, maar ik zie dat niet als belastend. Rustige dagen werken bij mij averechts.'

#### Is de situatie voor jou vakinhoudelijk wezenlijk anders?

'We kennen het ziektebeeld nu

minder goed en krijgen meer patiënten tegelijk. Maar inhoudelijk is mijn werk niet echt veranderd. We hebben ieder jaar een griep epidemie en krijgen vaker patiënten met ernstige infecties.'

#### Denk je dat de opleiding genoeg aandacht heeft besteed aan dit soort extreme situaties?

'Daar kun je moeilijk op inspelen. Er zijn meer excessen denkbaar waarmee je rekening zou kunnen houden, denk maar aan een chemische ramp. De kans dát zoiets gebeurt, is klein en als zoiets eenmaal aan je deur klopt, blijkt het toch anders uit te pakken dan voorspeld.'

#### Wat heeft je in deze periode verrast?

'De intensieve samenwerking met specialisten met wie ik normaal gesproken weinig te maken heb, zoals kaakchirurgen en oogartsen. Ineens werkten we samen aan één doel: coronapatiënten helpen. Heel bijzonder. Ik vond het daarbij gek om als piepjonge specialist supervisie te hebben over collega's met veel meer werkervaring. In het grote gevoel van saamhorigheid gedroeg gelukkig niemand zich als de baas.'

#### Ben je in deze situatie anders feedback gaan geven?

'Ik ben nog niet zo bedreven in het geven van feedback. Ik doe het wel, maar creëer dan liever een gelijkwaardige overlegsituatie.'

#### Wat heb je geleerd van ervaren specialisten?

'Dat ze zich niet zo snel op de kast laten jagen, bijvoorbeeld.'

#### Wat doe je met verdriet?

'Soms bespreek ik het met collega's, of ik probeer het in de auto onderweg naar huis te

verwerken, met muziek op de achtergrond. Ik heb een uitgebreide Spotify-speellijst, met Sam Feldt en Duke Dumont tot aan de Stones en klassieke muziek. Ik kan het goed van me afzetten.'

#### Welk werkaspect van vóór de coronacrisis ben je anders gaan bekijken?

'Ik moet wennen aan de telefonische gesprekken. Daardoor ben ik nóg meer waarde gaan hechten aan persoonlijk patiëntencontact. Maar aan de andere kant merk ik ook dat een deel van de gesprekken juist wél telefonisch kan.'

#### Als je kijkt naar samenwerking met verplegend personeel, welk aspect is dan ten goede veranderd?

'Lastig te zeggen, als supervisor blijf je toch een beetje een passant.'

#### Zijn er persoonlijke uitdagingen en missies bijgekomen door de crisis?

'Er komt niet iedere dag een nieuwe ziekte voorbij. Waarom worden sommige patiënten ernstig ziek en zijn anderen alleen verkouden? Dat wil ik graag onderzoeken.'

#### Zijn er ook missies uitgesteld?

'We waren een behandelcentrum voor interstitiële longziekten aan het opzetten. Door het coronavirus heeft dat even stilgelegen, maar inmiddels zijn we hier weer hard mee bezig.'

#### Wat is de belangrijkste vraag die je jezelf stelt?

'Hoe lang gaat dit nog duren? Dat houdt me bezig, vooral als ik op de IC sta bij een patiënt die op zijn buik aan de beademing ligt. Wanneer komt het normale weer terug?'



### Daan Loth

- Longarts in Amphia Breda
- Geboren in Breda op 24 juni 1984
- Studeerde geneeskunde in Rotterdam (2002-2009)
- Vier jaar promotieonderzoek aan het Erasmus MC
- Begon in 2013 als anios longgeneeskunde in Amphia en startte daar in 2014 met de opleiding tot longarts
- Is getrouwd en heeft twee kinderen
- Houdt van luisteren naar muziek in de auto
- Serie die hij nu liever niet kijkt: Pandemic

# In het oog } VAN DE MEDIASTORM

In tijden van de COVID-19 pandemie zijn medisch specialisten een kijkcijferkanon, dat weten viroloog Ann Vossen en intensivist Diederik Gommers maar al te goed. Ineens hing Nederland aan hun lippen. TEKST FRED HERMSEN BEELD RTL/JINEK

**A**nn, jij had net een mediatraining achter de rug. Wat heb je gelijk kunnen toepassen? Ann Vossen: 'Dat je je goed bewust moet zijn van je publiek. Iedere keer voordat de lampjes op rood gingen, ademde ik rustig, zocht ik mijn focus en dacht ik: "Korte zinnen, begrijpelijke woorden, rustig praten." Je spreekt voor heel het volk, niet op een congres voor vakspecialisten.'

Diederik Gommers: 'Ik ben daar niet zo bewust mee bezig geweest, ik heb het idee dat je boodschap via tv toch wel op de juiste plek terecht komt. Mensen luisteren in tijden van grote onzekerheid graag naar deskundigen, je mening doet ertoe. Ik had zelf veel aan een tip van Aukje Ravensbergen, adviseur Public Affairs van de Federatie Medisch Specialisten: "Denk vooral na over de rol die je vervult." Dat is in mijn geval voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Zo was

het belangrijk bij het beantwoorden van de vragen tijdens de Technische Briefing in de Tweede Kamer dat ik niet de standpunten van het kabinet hoefde te verdedigen, maar die van de professionals. Hoe dan ook heb ik geprobeerd de IC's zo goed mogelijk op de kaart te zetten.'

**Maar je staat ook bekend om je persoonlijke en vaak prikkelende stellingnames. Past dat bij die vertegenwoordigende rol?**

Diederik: 'Ik kan nogal stellig zijn, ja. Maar ik heb nu geleerd hoe ik persoonlijke meningen bij mezelf moet houden. Toen ik in de discussie over de leeftijdsgrens bij de triage een vraag kreeg, had ik in algemene zin een pleidooi kunnen houden voor tachtig jaar als grens namens de intensivisten. Dan had ik geheid problemen gehad met de Nederlanders. Want er zijn -heel logisch- altijd eenentachtigjarige die er nog fit genoeg voor zijn. Ik betrok het daarom gelijk op mijn eigen vader tijdens het tv-optreden bij Jinek. Dat maakte het persoonlijk, wat mooi bleek te werken, want het spreekt mensen aan, en wie kan je daarop tegenspreken?'



**Ann Vossen,**  
arts-microbioloog bij  
het academisch ziekenhuis  
LUMC in Leiden

**Was jij je ook zo bewust van je rol, Ann?**

Ann: 'Ik ben veertien keer bij Jinek geweest. In het begin zat ik er als viroloog, namens de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie. Dat was fijn. Ik kon zeggen: "Er komt wel iets meer dan een griep op ons af." Ik uitte mijn zorgen zonder mensen bang te maken en kreeg ruimte om genuanceerd, met verwijzing naar data en onderzoek, uitleg te geven. Met een vleugje



(v.l.n.r.) Eva Jinek, Diederik Gommers, Ann Vossen, Ernst Kuipers en Jean-Luc Murk evalueren de crisis in de uitzending van 30 april.

luchtigheid en humor ook. Later werd dat lastiger toen ik ook als lid van het Outbreak Management Team (OMT, red.) werd uitgedaagd. Zolang het over het virus ging, bleef er ruimte voor nuance, maar ik werd ook betrokken in de discussie over de maatregelen. Ik begrijp dat wel, want het kabinet zei volledig op medisch deskundigen te vertrouwen, daardoor ontstond de misvatting dat die deskundigen ook verantwoordelijk zijn voor het kabinetsbeleid. Maar het OMT beperkt zich tot advies over medische voorwaarden. Ik ben er niet om de beleidskeuzes van het kabinet, dat veel meer meeweegt, te verdedigen.'

### Heb je achteraf weleens het gevoel gehad: 'dit ging niet lekker'?

Diederik: 'Bij Nieuwsuur kreeg ik de vraag wat ik van het RIVM vond. Ik ben het heus niet altijd volmondig eens met het RIVM en daar hebben we achter gesloten deuren goede gesprekken over. Maar ik zat bij Nieuwsuur als intensivist, in die rol ga ik niet over het effect van mondkapjes in verpleegtehuizen.'



Diederik Gommers, intensivist bij het academisch ziekenhuis Erasmus MC in Rotterdam

DIEDERIK:

## 'Ik heb geleerd hoe ik persoonlijke meningen bij mezelf moet houden'

Wat moet ik dus met een vraag of ik het eens ben met het advies van het RIVM daarover? We hadden afgesproken vóór het interview dat ik daar niets over zou zeggen. Dus de volgende keer dat ze me voor het programma vroegen, zei ik: "Als je me dat nog een keer flikt, dan kom ik niet." Dat begreep de redactie. Je ervaring verschaft je een zekere daadkracht. Toen ik laatst gevraagd werd voor Op1, zei ik: "Als je nog een weekje wacht, kan ik ingaan op interessante enquête uitkomsten." Je kunt dus echt zakendoen met de media.'

Ann: 'En op een gegeven moment besef je dat je ook gewoon nee kunt zeggen, schuldgevoel



is niet nodig. Denk vooral niet dat je de enige bent op het lijstje van een redactie, je bent niet uniek.'

'Ik werd niet heel gelukkig van een gesprek bij Jinek, toen Wouter de Winther van De Telegraaf mij aanviel over het OMT. Mijn familie vond dat nogal gemeen, haha. Zelf had ik dat gevoel niet. Ik heb aangegeven dat er meer dan onze medische overwegingen meespeelt bij de beleidsvorming. Het hielp dat ik met Eva een goede klik heb. Zij creëert veiligheid en grijpt in als je er even niet uitkomt. Vervelender vond ik het eerder bij Nieuwsuur. Ik heb als OMT-lid geheimhoudingsplicht tot de verslagen in de openbaarheid komen, dat is bekend. Vlak na de persconferentie over de sluiting van scholen werd ik toch onaangekondigd doorgezaagd over het waarom van bepaalde maatregelen. Onder die druk gaf ik wat gehaaste antwoorden. Ik heb de redactie daar later wel op aangesproken.'

ANN:

## ‘Denk vooral niet dat je de enige bent op het lijstje van een redactie’

### Krijg je er geen genoeg van?

Diederik: 'Ik vind het nog steeds ongelooflijk leuk om te doen en praat gewoon heel graag over mijn vak, zit vol ambities, ook met betrekking tot de vereniging. De spanning van het begin is ervan af, maar ik ben nu een soort nationale troetelbeer geworden, wat mijn momentum heeft verlengd om gehoord te worden. En de IC's blijven actueel zolang een opschaling in de lucht hangt. Niet dat de bekendheid mij nou zo boeit. Iedereen denkt iets over je te moeten zeggen. Laatst wandelde ik in de polder met mijn gezin, toen fietsers stopten om me op het hart te drukken dat ze het zo goed vonden dat

ik ook mijn privémomenten pak. Daar schrok ik van. Ik vertegenwoordig geen individueel belang, maar ons vak. Ik ben blij dat politici en Nederlanders óns dankbaar zijn, niet dat ze mij dankbaar zijn.'

### En hoe reageren je vakgenoten?

Diederik: 'Ze houden me scherp in de gaten gelukkig. Ook het dagelijks bestuur van de vereniging geeft me veel feedback. Ik heb in het begin wel gezegd: "Ik weet dat autonomie onder artsen heilig is, maar laat mij als voorzitter van de NVIC nou even de woordvoering doen. We moeten in deze crisis, met zulke belangen, echt met één stem naar buiten komen, en die stem moet uit de mond van de voorzitter klinken."



Lees dit tweegesprek verder op de [demedischspecialist.nl/magazine](https://demedischspecialist.nl/magazine)

# IN BALANS

## WERK/THUIS

### WERK

Als kind oogst Cassandra Zuketto met haar opstellen al bewondering van meester en klasgenoten. Lezen en schrijven zijn haar brandstof. Toch kiest ze niet voor het schrijverschap. Wel vormen verhalen nu haar vak en maakt ze als psychiater het niet-gezegde zegbaar. Ze weet: verhalen zetten mensen in beweging, ze gaan er anders van denken en doen. Nu wil ze haar verhalen delen, om zichtbaar te maken wat een psychiater doet én om vakgenoten te laten zien dat zij óók kunnen leren van hun patiënten. Ze ontrafelt de dynamiek tussen patiënt en psychiater; onderzoekt het wankel evenwicht tussen betrokkenheid en afstand houden. Zo zet ze zichzelf in beweging als psychiater, en weet ze sneller welke kant ze met een behandeling op wil. Dan manifesteert de coronacrisis zich. Een walhalla voor een schrijver, denkt ze eerst. De werkelijkheid is dat ze het nog drukker heeft dan voorheen.

### THUIS

COVID-19 ontregelt de wereld, ontregelt de mensen. De gesproken verhalen overdag echoën door na werktijd. Cassandra vertaalt ze in schrift op zolder, in de tuin, 's avonds laat als het rustig is in huis. Haar honger naar kennis en ervaring voert haar naar de Schrijversacademie. En tweemaal per jaar scherpt ze haar schrijversgeest op Kasteel Slangenburg, een retraiteplek in Doetinchem. Judith Herzberg, Griet Op de Beeck en Manon Uphoff inspireren haar. Straks geeft ze lezers onder pseudoniem stof tot nadenken in columns en blogs, voor – hoopt ze – kwaliteitskranten. Maar voorlopig heeft ze haar handen vol aan een jubileumboek met praktijkverhalen voor relaties en de overdaad aan werk als gevolg van corona. Rode draad: haar ontwikkeling als psychiater. Ze heeft nog even. De deadline is 2024, als haar praktijk tien jaar bestaat.

BEELD MILAN VERMEULEN



Psychiater Cassandra Zuketto heeft een eigen praktijk in Nieuwegein.



*Choosing Wisely* in Canada

# ‘Een systeem dat niet efficiënt is, kan niet rechtvaardig zijn’



**Choosing Wisely Canada** laat dokters kijken naar hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Vlak voor de grote corona-uitbraak bezocht grondlegger Wendy Levinson Nederland om haar ervaringen te delen.

**V**oor Wendy Levinson was het beroemde *Physician Charter*, dat miljoenen artsen in honderden landen adopteerden als basis voor hun medisch handelen, een keerpunt. ‘Dit handvest uit 2002 wees op hun tweede, maatschappelijke, verantwoordelijkheid: verdeel de beschikbare zorg rechtvaardig. En handel dus zo efficiënt mogelijk. *If the system isn’t efficient, it can’t be just.*’ Vanaf 2002 kwam onderzoek naar onnodige zorg op gang. In 2012 startte *Choosing Wisely* in de Verenigde Staten en twee jaar later in Canada. Wendy Levinson was erbij betrokken.

**Welke inzicht bracht *Choosing Wisely*?**

‘Onderzoek laat zien dat dertig procent van onze gezondheidszorg mogelijk geen waarde toevoegt of zelfs schadelijk is. En het gekke is: als dokter en wetenschapper voelden we dat wel aan, maar we spraken er niet over. We hadden vooral aandacht voor patiëntgroepen die we niet bereiken. Medische studies gaan vrijwel altijd over het introduceren van nieuwe medicijnen of onderzoek, nauwelijks over het stoppen ervan. De focus op "ondergebruik" verdrong lang het zicht op alles wat we doen waar patiënten géén baat bij hebben. *Choosing Wisely* biedt juist dat perspectief.’

**Net op tijd**

Wendy Levinson vloog over uit Toronto voor het afscheidssymposium voor scheidend Federatievoorzitter Marcel Daniëls. Op 4 maart hield ze een lezing over *Choosing Wisely*. Tot vlak voor haar reis had ze nog getwijfeld: ‘Kan ik in verband met COVID-19 wel komen?’ Het weekend na haar terugreis ging de intelligente lockdown in.

**Waarom beschrijft u ‘overuse’ als een diepgeworteld aspect van onze zorgcultuur?**

‘Onder het onnodige en overmatige gebruik van gezondheidszorg schuilt een complex mechanisme. De toegewijde dokter wil niets over het hoofd zien en doet liever te veel

dan te weinig. De patiënt rekt op antibiotica bij keelklachten en beeldvormend onderzoek bij een zere rug. Er is te weinig tijd voor een goed gesprek over het nut van een test of medicijn. En natuurlijk de verwachtingen van medici onderling, zoals de orthopeed die ervanuit gaat dat de *family doctor* eerst beeldvormend onderzoek aanvraagt voordat hij de patiënt doorverwijst. En de belangrijkste factor: we volgen onze routines.’

**Hoe hielp *Choosing Wisely* dit mechanisme open te breken?**

‘Vooral door dokters te betrekken en uit te dagen op hun leiderschap. We vroegen hen naar vijf voorbeelden van onnodige zorg in hun praktijk, inclusief aanbevelingen om die voorbeelden te lijf te gaan. Diezelfde vraag kregen verpleegkundigen, apothekers en tandartsen. Dit leverde ruim 270 aanbevelingen op. De beweging groeide hierdoor van binnenuit er ontstond draagvlak. Medisch leiderschap blijft cruciaal voor verandering. De overheid kan immers moeilijk zeggen: "We vragen geen beeldvormend onderzoek meer aan bij lage rugpijn." Waar dokters de leiding nemen, zie je vooruitgang.’

————> Lees het tweede deel van het interview op [demedischspecialist.nl/magazine](http://demedischspecialist.nl/magazine). Wendy Levinson schetst daar de impact van *Choosing Wisely* op het Canadese zorgsysteem.

**COLOFON**

jaargang 6, juli 2020

**Uitgave**

Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 28 duizend exemplaren. De Medisch Specialist wordt kosteloos toegestuurd aan alle medisch specialisten in Nederland die aangesloten zijn bij de Federatie en artsen in opleiding die lid zijn van De Jonge Specialist.

**Redactie**

Sjef van der Lans: hoofdredactie, Mirjam Siregar: eindredactie, Fred Hermsen (Maters & Hermsen Journalistiek): concept en redactiecoördinatie. M.m.v. Hanneke Bos, Vanessa

Cruz, Aukje Ravensbergen, Cindy van Schendel, Femke Theunissen en Carlijn van Trigt (Federatie Medisch Specialisten)

**Redactieraad**

Mariëlle Bartholomeus (neuroloog), Ivan Gan (oogarts), Fardou Heida (bestuurslid De Jonge Specialist), Winnifred van Lankeren (radioloog), Shahrazad Sepehrkhoy (patholoog), Joost van der Sijp (chirurg-oncoloog), Margot Wagendorp (psychiater)

**Beeldredactie en vormgeving:**

Kaisa Pohjola en Stephan van den Burg (Maters & Hermsen Journalistiek)

**Fotografie cover:** Milan

Vermeulen

**Lithografie:** Studio Boon

**Druk:** Puntgaaf drukwerk

**Redactieadres**

Federatie Medisch Specialisten, Cindy van Schendel, afdeling Communicatie Postbus 20057, 3502 LB Utrecht, (088) 505 34 34 communicatie@demedischspecialist.nl

**Abonnement**

Vragen over uw abonnement of een adreswijziging kunt u sturen aan het secretariaat van uw wetenschappelijke vereniging.

Via [www.demedischspecialist.nl/](http://www.demedischspecialist.nl/) magazine kunt u alle edities van Medisch Specialist online lezen en/of downloaden (pdf).

© Medisch Specialist 2020. ISSN 2451-9952 e-ISSN 2666-9234

**Via de wetenschappelijke vereniging bent u aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten.**

Wij staan voor 22 duizend toegewijde dokters in ziekenhuizen en instellingen. Wij verenigen alle 33 specialismen, ondersteunen bij de uitoefening van het vak en spreken met één krachtige stem in politiek en samenleving.

Want er gebeurt ontzettend veel in de zorg. De uitdagingen zijn groot. De technologische ontwikkelingen gaan razendsnel, de zorgvraag neemt toe, budgetten staan onder druk en we komen steeds vaker handen tekort.

Veel partijen beïnvloeden het werk van de medisch specialist: verzekeraars, politiek, managers, farmaceuten, patiëntenorganisaties. Er zijn grote belangen.

Daarom werken we samen in de Federatie Medisch Specialisten. Samen gaan we voorop in vernieuwing zodat 17 miljoen Nederlanders kunnen rekenen op de beste zorg ter wereld.



Bekijk alles wat wij voor u doen:

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever en de makers van het werk. De Medisch Specialist is niet aansprakelijk voor eventuele onjuistheden in deze uitgave. De Medisch Specialist is niet verantwoordelijk voor handelingen van derden welke mogelijk voortvloeien uit het lezen van deze uitgave. De redactie is niet verantwoordelijk voor de inhoud van cartoons, columns en advertenties. De uitspraken van auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de Federatie. De redactie behoudt zich het recht voor ingezonden materiaal zonder kennisgeving vooraf geheel of gedeeltelijk te publiceren. De redactie heeft gepoogd alle rechthebbenden op teksten en beeld te achterhalen. In gevallen waarin dit niet is gelukt, vragen wij u contact op te nemen via [communicatie@demedischspecialist.nl](mailto:communicatie@demedischspecialist.nl).

**ADVERTENTIE**

**‘Hoe weet ik wat een reële goodwill is?’**

Deze vraag kregen we van radioloog Eric, die graag wil toetreden tot een Medisch Specialistisch Bedrijf. We leggen uit hoe hij zelf de goodwill kan berekenen volgens de methode die we hebben ontwikkeld. Indien Eric dat wenst, kunnen we hem in contact brengen met gespecialiseerde adviseurs die voor hem de goodwill kunnen berekenen en de onderhandelingen kunnen voeren. Mochten partijen er onderling niet uitkomen, dan kunnen zij ons altijd vragen de hoogte van de goodwill bindend vast te stellen.

Juridische vragen?

**Bel 088 - 134 41 12**



Het Kennis- en dienstverleningscentrum is een samenwerking tussen de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. Wij geven juridisch advies bij onder andere arbeidsconflicten, opleidingsgeschillen en MSB-contracten.



& nu  
verder



## Blijvend zicht

**D**it transparante gezichtsschild is volledig van plastic en herbruikbaar. Het verschilt daarin van veel gangbare spatkappen met piepschuim. Die raken besmet en kunnen na één keer gebruik bij het afval. Op het hoogtepunt van de COVID-19 crisis was deze verspilling van schaarse middelen ondenkbaar in het Radboudumc. Adviseur Tineke Buijs-van der Woude en haar collega's van het team Procesverbetering en Innovatie werkten daarom samen met innovatiecentrum REshape en het 3D Lab de klok rond aan een beschermingsmiddel met langere levensduur. De harde voorwaarden: snelle massaproductie, veiligheid en draagcomfort. Het *Faceshield* biedt extra gezichtsbescherming – bovenop spatbril en mondkapje – tegen spatten bij hoesten, niezen en in- en extubaties en uitzuigen.

De afstand tussen scherm en het in maat verstelbare frame voorkomt dat het schild beslaat. Prototype 1 bestond uit een transparante overheadsheet op A4-formaat met een elastiekje. Snel volgde een model met frame met perforatiegaatjes in het transparante vel. Maar hoe zorg je dat de kap ook de hals beschermt bij in- en extubaties op met name COVID-19, en IC-afdelingen? Tineke bedacht de knik waarmee het plastic het schild om de kin buigt. Amper zes weken lagen tussen prototype en productielijn. Mede dankzij de *drive* van een bevroren anesthesioloog, uitgebreid testen in eigen ziekenhuis – inclusief sproeiende spuitkoppen van alle kanten – en samenwerking met externe producenten. Begin juni stond de teller op ruim 125 duizend bestellingen bij producent Piant, waarvan honderdduizend stuks door het Landelijk Consortium Hulpmiddelen.